

**Comisión de Justicia
Penal de Arizona**

**Programa de
Compensación para
Víctimas de Actos
Criminosos**

SOLICITUD



Esta pagina vacia intencionalmente.

Estado de Arizona
Comisión de Justicia Penal de Arizona
Programa de Compensación para Víctimas del Delito
Requisitos de Elegibilidad

**¿HA SIDO USTED VICTIMA INOCENTE DE UN ACTO
CRIMINOSO QUE LE CAUSO DAÑOS FISICOS O AFLICION MENTAL EXTREMA? ¿ES
USTED UN RESIDENTE DE ARIZONA
QUE HA SIDO VICTIMA DEL TERRORISMO INTERNACIONAL?**

**.....SI SU RESPUESTA ES SI, USTED PUEDE SER ELEGIBLE PARA UNA
COMPENSACION ECONOMICA PARA CUBRIR LOS
GASTOS RELACIONADOS CON ACTOS CRIMINOSOS QUE PAGO
DE SU BOLSILLO.**

CRITERIOS GENERALES PARA ELEGIBILIDAD:

- La víctima es victimada en Arizona o es víctima del terrorismo internacional.
- El acto criminoso se reporta a una agencia policial dentro de las 72 horas del descubrimiento del acto criminoso a menos que se muestre una buena causa para justificar el retraso.
- Se presenta una solicitud dentro de los 2 años del descubrimiento del acto criminoso en el condado en el que el acto criminoso ocurrió a menos que se muestre una buena causa para justificar el retraso.
- La víctima o víctima derivada coopera voluntariamente con las agencias policiales.
- La víctima o víctima derivada sufre lesiones físicas o una aflicción mental extrema como resultado directo de la conducta criminalmente perjudicial.
- La víctima o víctima derivada sufre una pérdida económica como resultado directo del acto criminoso que no es cubierta por un beneficio o ventaja que la persona tiene derecho a recibir de una fuente colateral.

El presentar una solicitud para compensación no garantiza un fallo a su favor. Todas las reclamaciones se investigarán minuciosamente.

LA COMPENSACION PARA VICTIMA PUEDE PAGAR:

Relacionado con el acto criminoso:

- Gastos médicos
- Gastos funerarios - hasta \$5,000
- Asistencia Sociopsicológica - hasta 36 meses
- Pérdida de trabajo - Salario mínimo - Si tiene disponible permiso por enfermedad o permiso por vacaciones se deben usar primero.

La compensación máxima por cualquier reclamación es de \$20,000.

LA COMPENSACION PARA VICTIMA NO PUEDE PAGAR:

- Limpieza
- Pérdida o reparación de propiedad
- Dolor y Sufrimiento
- Gastos de abogado
- La victimación de una persona que esté cumpliendo con una condena de encarcelamiento en una instalación carcelaria, arresto domiciliario o permiso para trabajar, o que se escape del encarcelamiento en una instalación carcelaria, arresto domiciliario o programa de permiso para trabajar.

¿COMO OBTEngo MAS INFORMACION?

La Junta de Compensación para Víctimas de los Actos Criminosos se administra por las Oficinas del Procurador del Condado en cada uno de los quince condados de Arizona. Son las Juntas de Compensación para Víctimas de los Actos Criminosos que aprueban las compensaciones para las víctimas de estos actos. Las víctimas inocentes de los actos criminosos pueden solicitar compensación para los elegibles en el condado en el que ocurrió el acto.

Para más información, favor de llamar al Programa de Compensación para Víctimas de los Actos Criminosos del condado en el que ocurrió el acto. A continuación encontrará la lista con los números telefónicos:

Oficina del Procurador del Condado de **Apache**
(928) 337-7560

Oficina del Procurador del Condado de **Cochise**
(520) 432-8700

Servicios para Víctima/Testigo del Condado de **Coconino**
(928) 527-0708

Oficina del Procurador del Condado de **Gila**
(928) 425-4120

Oficina del Procurador del Condado de **Graham**
(928) 428-4787

Oficina del Procurador del Condado de **Greenlee**
(928) 865-4108

Oficina del Procurador del Condado de **La Paz**
(928) 669-6118

Oficina del Procurador del Condado de **Maricopa**
(602) 506-4955

Oficina del Procurador del Condado de **Mohave**
(928) 718-5522

Oficina del Procurador del Condado de **Navajo**
(928) 524-4015

Oficina del Procurador del Condado de **Pima**
(520) 740-5525

Oficina del Procurador del Condado de **Pinal**
(520) 866-6271

Oficina del Procurador del Condado de **Santa Cruz**
(520) 281-5868

Oficina del Procurador del Condado de **Yavapai**
(928) 771-3485

Oficina del Procurador del Condado de **Yuma**
(928) 329-2133

**Estado de Arizona Comisión de Justicia
Penal de Arizona Programa de Compensación
para Víctimas de un Acto Criminoso
Solicitud**

Regresár
por correo
a:

Gastos Médicos _____
Pérdida de Salarios _____

Consultas de Orientación para Salud Mental _____
Gastos Funerarios/Entierro _____

Fecha Recibida: _____ Persona Asignada: _____ Numero del Caso: _____

PARTE 1: INFORMATION DE LA VICTIMA - *Favor de llenar la solicitud lo más completamente posible y FIRMAR la solicitud en las página 6 y 7.*

Apellido de la Víctima		Nombre	Segundo Nombre
Dirección (calle)			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Teléfono particular ()		Teléfono de trabajo ()
Número de Seguro Social (Si es disponible) víctima			¿Falleció la víctima <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 2: Información del Reclamante (*Llene UNICAMENTE si es diferente a la de la víctima*)

Apellido del Reclamante		Nombre	Segundo Nombre
Dirección (Calle)			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Ciudad	Estado	Condado	Código Postal
Fecha de Nacimiento	Teléfono particular ()		Teléfono de trabajo ()
Número de Seguro Social (Si es disponible)			
Su Relación con la Víctima			

Favor de Proporcionar la Siguiete Información para cada Víctima/Víctima Derivada (*Agregue hojas adicionales si es necesario*)

Nombre de la Víctima/Derivada	Número de Seguro Social (Si es disponible)	Fecha de Nacimiento	Relación con la Víctima
1.			
2.			
3.			

PARTE 3: INFORMACION ACERCA DEL ACTO CRIMINOSO**Tipo de Acto Criminoso** (*marque uno*)

- Agresión
 Homicidio
 Agresión Sexual/Unicamente Adultos
 Abuso de Menores (Físico y Deshonesto)

- DWI (manejar estando intoxicado por alcohol o drogas/DUI (manejar bajo la influencia de alcohol o drogas)
 Acecho
 Robo
 Terrorismo
 Secuestro
 Otros Acto criminosos (Mencione) _____

¿El acto criminoso estuvo relacionado con VIOLENCIA DOMESTICA?

- Sí No

Fecha del Acto Criminoso

Fecha en que se reportó el Acto Criminoso

Agencia Policial a la que se reportó

Nombre del Oficial/Detective

Número de Reporte

Ubicación del Acto Criminoso

Nombre(s) del Ofensor(es)

Describa brevemente el Acto Criminoso y las Lesiones (Agregue hojas adicionales si es necesario)

PARTE 4: INFORMACION ACERCA DEL PLEITO (DEMANDA) CIVIL

¿Ha usted entablado o entablará un pleito civil en relación al acto criminoso?

- Si No Indeciso

Si su respuesta es sí, favor de proporcionar nombre y dirección de su abogado:

Nombre del Abogado

Número Telefónico
()

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

PARTE 5: INFORMACION ACERCA DE LOS BENEFICIOS

A partir del acto criminoso ha usted recibido o tiene derecho a recibir cualquiera de los beneficios mencionados a continuación. Por uno de los beneficios que marque, favor de proporcionar la información requerida en la líneas de la 1 a la 2 abajo. (Agregue hojas adicionales si es necesario)

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| AHCCCS | <input type="checkbox"/> | Seguro de Salud/Accidentes | <input type="checkbox"/> | Seguro Social (SSD)/(SSI) | <input type="checkbox"/> |
| Seguro de Automóvil | <input type="checkbox"/> | Servicios de Salud de la Comunidad India | <input type="checkbox"/> | Asistencia de la Tribu | <input type="checkbox"/> |
| Cuidado Triple/Militar | <input type="checkbox"/> | Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> | Beneficios para Veteranos | <input type="checkbox"/> |
| Servicio de Protección a Menores | <input type="checkbox"/> | Seguro Médico | <input type="checkbox"/> | Seguro de la Vista | <input type="checkbox"/> |
| Seguro Dental | <input type="checkbox"/> | Cuidado Médico/Ayuda Médica | <input type="checkbox"/> | Compensación para Trabajadores | <input type="checkbox"/> |
| Seguro de Incapacidad | <input type="checkbox"/> | Restitución (del ofensor) | <input type="checkbox"/> | Oros: _____ | |
| Asistencia al Empleado | <input type="checkbox"/> | Licencia por Enfermedad/ Vacaciones | <input type="checkbox"/> | | |

Algunos de estos beneficios están pendientes (*por favor especifique*) _____

Por cada beneficio marcado, favor de proporcionar la información requerida en las Líneas de la 1 a la 2 abajo. (Agregue hojas Adicionales si es necesario)

Tipo de beneficio	Dirección	Teléfono	Agencia/Número de Póliza
1.		()	
2.		()	

PARTE 6: TIPO DE COMPENSACION SOLICITADA**A. MEDICA**

¿Está usted buscando el pago de los gastos médicos, de hospital, o curación tradicional relacionados con el acto criminoso?

 Si No

Nombre del Proveedor	Dirección	Número de Cuenta	Teléfono	Fecha del Servicio
1.			()	
2.			()	
3.			()	
4.			()	

B. CONSULTAS DE ORIENTACION PARA SALUD MENTAL:

¿Está usted buscando el pago de los gastos del tratamiento para salud mental relacionados con el acto criminoso ?

 Si NoSi su respuesta es **Sí**, ¿está viendo actualmente un proveedor de estos servicios? Si NoSi su respuesta es **Sí**, ¿ está usted reclamando el millaje por las consultas de orientación para salud mental relacionadas con el acto criminoso? Si No

Nombre del Proveedor	Dirección	Número de Cuenta	Teléfono	Fecha del Servicio
1.			()	
2.			()	
3.			()	

MILLAJE: ¿Esta usted reclamando el millaje por las visitas médicas o consultas de orientación para salud mental? Si NoSi la respuesta es **Sí**, favor de proporcionar las fechas de los viajes y el millaje recorrido por viaje redondo:

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

Fecha del Viaje _____ Millaje recorrido por viaje redondo _____

C. PERDIDA DE TRABAJO/AYUDA: (Todas las licencias por enfermedad o vacaciones disponibles se deberán utilizar primero-la pérdida de salario se calcula de acuerdo al salario mínimo)¿Está usted buscando beneficios por pérdida de trabajo como resultado de la lesión o aflicción mental? Si NoSi la respuesta es **Sí**, favor de contestar las siguientes preguntas:

Fecha en la que primero no pudo trabajar como resultado de la lesión o aflicción mental: _____

Fecha en la que regresó a trabajar: _____

Tiempo total perdido de trabajo: _____

Pago por hora: _____ Número de horas trabajadas por semana: _____ Horas trabajadas por día: _____

Lugar del Empleo	Nombre del Supervisor			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
				()

REQUISITO: Se requerirá una declaración firmada en papel membretado del empleador para verificar la información anterior de pérdida de trabajo. También se requerirá una declaración firmada en papel membretado del doctor o terapeuta de salud mental especificando que la víctima no podía trabajar como resultado de las lesiones relacionadas con el acto criminoso, el lapso de tiempo que la víctima no podía trabajar y la fecha en la que la víctima podía (o podrá) volver a trabajar.

D. Gastos Funerarios:

Está buscando el pago de los gastos funerarios relacionados con el acto criminoso? Si No

Nombre del Proveedor de los Servicios Funerarios:

Cantidad
\$

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono

()

REQUISITO: Si su respuesta es SI a las secciones 6A, 6B, 6C, o 6D, favor de adjuntar una copia de TODAS las facturas, contratos, recibos y estados de los seguros recibidos a la fecha.

PARTE 7: INFORMACION (Si es disponible)

La siguiente información se usará únicamente con fines estadísticos. Se necesita para cumplir con los reglamentos federales. La información se refiere solamente a la VICTIMA.

Grupo Etnico: Caucásico Hispano Desconocido
 Afroamericano Nativo de América/Esquimal Otros _____
 Asiático/De las Islas del Pacífico

Residente de Arizona : Si No Acto criminoso Federal : Si No

Incapacitado: Si No

Me enteré del Programa de Compensación para Víctimas del Acto criminoso a través de:

Programa de Asistencia a la Víctima Fiscal Proveedor de Servicios Médicos Por Referencia Propia
 Agencia Policial Folletos/ Posters, etc. Agencia de Servicio Social Otros

Forma ACJC para Solicitud de Compensación para Víctimas del Acto criminoso – Revisada 12/07/2004

DEFINICIONES

VICTIMA

“Víctima” significa una persona que sufre una lesión física, aflicción mental extrema, o muerte como resultado directo de cualquiera de los siguientes:

- a. Conducta criminalmente perjudicial;
- b. Un acto de terrorismo internacional;
- c. Un esfuerzo de buena fe de un persona para prevenir una conducta criminalmente perjudicial; o
- d. Un esfuerzo de buena fe de una persona para aprehender a una persona sospechosa de participar en una conducta criminalmente perjudicial o un acto de terrorismo internacional.

VICTIMA DERIVADA

“Víctima derivada” significa:

- a. La esposa, hijo, padre, padrastro, hijastro, hermanos carnales, o tutor de una víctima que murió como resultado de una conducta criminalmente perjudicial o acto de terrorismo internacional e incluye al hijo nacido después de la muerte de la víctima.
- b. Un persona que viva en el hogar de una víctima que falleció como resultado de una conducta criminalmente perjudicial.
- c. Un miembro de la familia de la víctima que fue testigo de la conducta criminalmente perjudicial.
- d. Una persona que no sea miembro de la familia que fue testigo de un delito violento.
- e. Una persona cuya asistencia sociopsicológica y cuidado para salud mental o cuya presencia durante la asistencia sociopsicológica y cuidado para salud mental de la víctima se requiere para que el tratamiento de la víctima tenga éxito.

RECLAMANTE

“Reclamante” significa cualquier persona natural que presente una reclamación conforme a esta reglas a la que se autoriza para recibir un fallo de compensación por pérdidas económicas debido a que la persona es:

- a. Una víctima de una conducta criminalmente perjudicial;
- b. Un residente de este estado que ha sido dañado por un acto de terrorismo internacional;
- c. Una víctima derivada;
- d. Una persona autorizada para actuar en nombre de la víctima o una persona autorizada para actuar en nombre de una persona dependiente de la víctima fallecida si la víctima murió como resultado directo de una conducta criminalmente perjudicial o un acto de terrorismo internacional; o
- e. Una persona que asume una obligación o paga un gasto relacionado directamente con la pérdida económica de la víctima que obtenga como resultado directo de una conducta criminalmente perjudicial o un acto de terrorismo internacional.

**FAVOR DE PASAR A LA PÁGINA
SIGUIENTE Y FIRMAR LA SOLICITUD
EN CADA UNA DE LAS CUATRO LÍNEAS.**

Autorización para el Uso o la Revelación de Datos Protegidos Concernientes a la Salud

Yo autorizo a mi proveedor de atención médica o practicante de salud mental a entregar expedientes médicos, dentales y de psicoterapia con respecto a un incidente que ocurrió en o alrededor del _____ al Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos del Condado _____ para el propósito de verificar mi reclamación y elegibilidad para Compensación para Víctimas de Actos Criminosos. Esta entrega incluye, pero no está limitada a médicos y hospitales privados y gubernamentales y cualquier compañía privada o agencia gubernamental que esté proporcionando, o que pudiera proporcionar, beneficios médicos.

Esta es una autorización general e incluye autorización para la divulgación de datos confidenciales relacionados con enfermedades contagiosas y datos confidenciales relacionados con VIH.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y firmada por mí. Mi revocación tomará efecto en cuanto sea recibida, pero no tendrá efecto si, y en tanto que el Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos u otros ya han actuado basándose en esta Autorización. En cuanto sea revocada esta Autorización, yo seré inelegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos.

Entiendo que hay la posibilidad de una nueva divulgación nueva no-autorizada de los datos y que dichos datos de nueva divulgación pueden estar sin protección de acuerdo con las reglas federales de confidencialidad. Los datos divulgados al Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos ya no están sujetos a las protecciones de HIPPA. El Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos puede divulgar datos que no identifiquen al individuo para propósitos estadísticos.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta Autorización. El rehusarme a firmar no afectará mi habilidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios, excepto que el rehusarme a firmar esta Autorización me hará inelegible para recibir beneficios del Programa de Compensación para Víctimas de Actos Criminosos.

Esta Autorización expira a los doce meses de la fecha de la firma.

Fecha

Favor de escribir nombre
en letra de imprenta

X _____
Firma del Reclamante/Solicitante
o Representante/Tutor del Solicitante

Si esta Autorización es firmada por otra persona que no es el Reclamante/Solicitante, favor de especificar su
autoridad para firmar en nombre del Reclamante/Solicitante: _____